

L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS CHIRURGICAUX PAR LE CORPS SOCIAL AU CHU DU POINT G BAMAKO

Accompaniment of the surgical patients by the social body with the CHU of the Point G Bamako

Traoré AK dit Diop¹, Traoré D¹, Diallo S¹, Ongoïba N¹, Koumaré AK^{1,2}

1. Service de chirurgie B, CHU Point G ; 2. Chef de service de la chirurgie B du CHU du Point G

RESUME

But : Déterminer le nombre moyen d'accompagnants par patient, la nature des liens entre accompagnants et patients, décrire l'apport des accompagnants dans la prise en charge des patients.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur des patients ayant été hospitalisés pendant au moins 24 heures ainsi que leurs accompagnants, qui s'est déroulée d'Octobre 2001 à Janvier 2002. .

Résultats : Nous avons recruté 100 patients bénéficiant tous d'un accompagnement. La fréquence globale de l'accompagnement a été de 100 %. L'âge moyen des accompagnants a été de 38.3 ans. Le sexe féminin était prédominant (59,2%). Les occupations les plus fréquentes étaient les ménagères dans 30,3%. Le nombre d'accompagnants par patient a varié de 1 à 4. Les accompagnants ont été surtout les enfants des patients dans 27 cas (19.0%), le mari ou l'épouse des patients dans 18 cas (12.8%).

L'apport des accompagnants aux patients a été : contribution financière dans 34.5 % des cas. Le personnel technique a été jugé comme étant non disponible par 45,8% des accompagnants, peu courtois par 52,1%, peu accueillant par 52.8%.

Conclusion: L'accompagnement du patient par ses proches dans les structures hospitalières est un phénomène de grande vitalité en Afrique. Il pallie significativement l'insuffisance du personnel soignant.

Mots clés: accompagnement, patients, chirurgie, Afrique

SUMMARY

Aims: determine the median number of accompanying by patient, the nature of the bonds between accompanying and patient, to describe the contribution of accompanying in the assumption of responsibility by the patients.

Methods: It was about an exploratory study which proceeded in the Department of surgery B of the CHU of the Point G in Bamako, from October 2001 at January 2002. It related to the whole of the patients having been hospitalized during at least 24 hours and their accompanying as well.

Results: We recruited 100 patients profiting all from an accompaniment. The total frequency of the accompaniment was of 100%. The middle age of accompanying was 38.3 years. The female sex was prevalent (59.2%). The most frequent occupations were the housewives in 30.3%. The number of accompanying by patient varied from 1 to 4. Accompanying were especially the son or daughter in 27 cases (19.0%), husband or wife in 18 cases (12.8%), Mother in 14 cases (9.9%), father in 12 cases (8.5%). The contribution of accompanying with the patients was: financial contribution in 34.5% of the cases. The technical personnel was considered as being not available by 45.8% of accompanying, not very courteous by 52.1%, not very accessible by 52.8%.

Conclusion: The accompaniment of the patient by his close relations in the hospital structures is a phenomenon of great vitality in Africa. It mitigates the insufficiency of medical staff significantly.

Key words: accompaniment, patients, surgery, Africa.

INTRODUCTION

L'accompagnement du patient hospitalisé par le corps social (parents, amis ou autres en dehors du personnel de santé) est un phénomène universel. Il est cependant d'une importance assez réduite dans les pays occidentaux où la disponibilité des moyens humains, matériels et financiers, l'organisation des soins et la philosophie même de la médecine hippocratique réduisent la dimension des soins à une interface patient-médecin. Il est par contre largement répandu en Afrique et plus particulièrement au Mali où il semble tirer sa force et sa justification des éléments suivants :

- le faible ratio personnel de santé par habitants : un (1) infirmier pour 10022 au Mali

[1] alors que l'OMS recommande un (1) infirmier pour 5000 habitants.

- la solidarité africaine qui trouve un cadre d'expression en toute occasion heureuse ou malheureuse.

- la perception de la maladie par les populations : dans la médecine traditionnelle, le patient et le soignant partagent la même vision socio-culturelle de l'environnement et du mal ; le système de soins n'est dès lors plus considéré comme une entité séparée mais comme élément constitutif d'un système social intégré. Dans un tel contexte, l'interface patient-soignant se mue en un triangle patient-société-soignant.

Pourtant, malgré son ampleur (dans la région africaine) et son universalité, ce phénomène de l'accompagnement ne semble pas susciter l'intérêt des chercheurs. Parmi les rares qui s'y sont intéressés on peut citer :

- Madame Kubler-Ross dont les travaux ont surtout porté sur l'accompagnement du mourant et le processus du deuil [2].
 - Collomb dont les travaux à l'Hôpital de Fann, Dakar, ont abouti à la nécessité « d'hospitaliser le malade avec l'accompagnant » dans une perspective de sécurisation identitaire et sociale du patient psychiatrique [3]
 - Bamba (Service du Professeur Dolo) qui en 2000 a fait une étude surtout quantitative sur la présence des accompagnants dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital du Point-G à Bamako [4].
- Mais la problématique de l'accompagnement reste largement sous-étudiée surtout dans ses ressorts sociologiques et ses implications socio-économiques et sanitaires. D'où notre motivation pour la présente étude qui se fixe les objectifs suivants :
- déterminer le nombre moyen d'accompagnants par patient dans le service de Chirurgie B de l'Hôpital du Point-G
 - déterminer la nature des liens entre accompagnants et patients
 - décrire l'apport des accompagnants dans la prise en charge financière, matérielle, logistique et psycho-affective des patients
 - déterminer les contraintes cognitives et environnementales liées à l'accompagnement.

METHODES

Notre travail est une étude prospective qui s'est déroulée dans le Service de Chirurgie B de l'Hôpital G à Bamako, d'Octobre 2001 à Janvier 2002, soit une durée de 4 mois. Il a porté sur l'ensemble des patients ayant été hospitalisés pendant au moins 24 heures ainsi que leurs accompagnants. Ont été exclus de l'étude les patients (ainsi que leurs accompagnants) totalisant moins de 24 heures d'hospitalisation. L'analyse des données a nécessité l'utilisation du test de Student de comparaison des moyennes.

RESULTATS

En 4 mois, nous avons recruté 100 patients bénéficiant tous d'un accompagnement. Ces 100 patients représentaient l'ensemble des malades hospitalisés dans le service pendant la même période. La fréquence globale de l'accompagnement a donc été de 100 %.

L'âge moyen des patients a été de 41.2 ans avec un écart -type de 29.5 (extrêmes allant de 3 à 81 ans). Le sexe ratio a été de 1.08 en faveur des femmes. La répartition selon l'ethnie et la religion est superposable à leur distribution démographique au sein de la population générale du pays. On a noté 61 % de patients mariés contre 32 % de célibataires. Les localités de Bamako et Koulikoro (les deux zones les plus proches du lieu de l'étude) abritaient 44 % des patients. Les pathologies répertoriées étaient, par ordre décroissant,

digestives, endocriniennes, gynécologiques, urologiques, pariétales et vasculaires. Selon l'échelle de Karnofsky, 75 % des patients bénéficiaient d'une autonomie totale ou partielle leur permettant de se passer de toute assistance physique. 98 % des patients ont subi un traitement chirurgical avec des suites simples dans 97 % des cas.

L'âge moyen des accompagnants a été de 38.3 ans avec un écart-type de 15.0 ($p < 0.001$) et des extrêmes allant de 14 à 76 ans. Le sexe féminin était prédominant : 59.2 % de femmes contre 40.8 % d'hommes, soit un sexe-ratio de 1.4 en faveur du sexe féminin. L'ethnie avait la même configuration que celle de la population générale du Mali. Côté religion, les Chrétiens étaient représentés à hauteur de 16.2 % (ils représentent environ 5 % de la population générale) alors que les Musulmans étaient de l'ordre de 83.8 %. Les accompagnants étaient mariés dans 54.9 % des cas et célibataires dans 17.6 % des cas. Plusieurs types d'occupations ont été notées : ménagères (30.3 %), cadres moyens (16.2 %), cultivateurs (13.4 %), commerçants (11.3 %), scolaires (6.3 %), cadres supérieurs (5.6 %), sans-emploi (4.2 %). Le niveau d'instruction était supérieur dans 8.5 % des cas, secondaire dans 18.3 %, primaire dans 23.2 % des cas ; plus du tiers (38.7 %) était illettrée.

Les caractéristiques sociologiques suivantes de l'accompagnement ont été notées :

- le nombre d'accompagnants par patient a varié de 1 à 4, avec une moyenne de 1.42 et un écart-type de 0.6 ($p < 0.001$).
 - l'accompagnement a été temporaire dans 16.2 % des cas, intermittente dans 12.7 % des cas et permanente dans 71.1 % des cas.
 - le nombre d'accompagnements antérieurs a varié de 0 (32.4 % des accompagnants en étaient à leur première expérience) à 14 (3.5 % d'entre eux en étaient à leur 15eme accompagnement).
 - la nature des liens entre patients et accompagnants a été répertoriée dans le tableau, les patients étaient accompagnés essentiellement par leurs enfants dans 27 cas (19.0%), le conjoint dans 18 cas (12,8%) et par la mère dans 14 cas (9,9%).
- L'apport des accompagnants aux patients a été multiforme :
- contribution financière à la prise en charge des patients dans 34.5 % des cas
 - soutien psycho-affectif aux patients dans 100 % des cas, avec une place prépondérante pour le volet réconfort (53.5 %) suivi du volet apaisement (12 %)
 - appui logistique (courses, tâches domestiques) aux patients dans 100% des cas
 - appui aux soins (brancardage : 15.5 % ; nursing : 78.2 %)

- participation à l'hygiène hospitalière (nettoyage des locaux : 16.2 % ; évacuation des déchets : 78.2 %) Les principales contraintes rattachées à l'accompagnement ont été les suivantes :
- la qualité de l'accueil : le personnel technique a été jugé comme étant non disponible par 45.8% des accompagnants, peu courtois par 52.1%, peu accueillant par 52.8% ; par rapport au personnel administratif, les mêmes jugements ont été portés par respectivement 54.3%, 47.2% et 58% des accompagnants .
- les contraintes environnementales : 71.1% des accompagnants prenaient leurs repas dans les salles d'hospitalisation ou sous la véranda tandis que près de la moitié d'entre eux passait la nuit soit dans la cour de l'hôpital, soit sous la véranda ; 80.3% d'entre eux avaient l'impression de gêner le personnel hospitalier dans ses activités.
- les contraintes cognitives : 61.9% des accompagnants entraient dans le cadre d'un illettrisme total ou partiel ne leur permettant pas de lire et ou de comprendre les affiches d'information hospitalière ; par ailleurs, 64.8% d'entre eux n'avaient eu aucune information sur le règlement intérieur de l'hôpital.
- les contraintes occupationnelles : bien que très souvent motivés (50% d'entre eux sont venus spontanément accompagner), les accompagnants dans 77.6% des cas ont estimé que l'accompagnement est consommatrice de temps et 64.1% pensent qu'il a un impact négatif sur leurs activités habituelles.

Commentaires

Sur le plan méthodologique, nous avons été confrontés d'une part à la rareté des études sur le thème et d'autre part au petit nombre des variables étudiées dans les travaux disponibles ; les discussions s'en sont trouvées réduites.

Par ailleurs, pour des modalités opérationnelles, nous avons convenu de certaines définitions :

- le terme d'accompagnateur a été écarté au profit de celui d'accompagnant : le premier, d'après GBIKPI [3] est perçu comme un technicien de la relation tandis que le second est un prolongement sociologique de la présence du malade au sein des structures hospitalières ; c'est certainement beaucoup plus avec l'accompagnant qu'avec l'accompagnateur que l'accompagnement atteint toute la plénitude de sa signification dans le contexte africain où la maladie est toujours globalisante dans sa référence au groupe et à la relation sociale ; c'est ainsi que dans la médecine traditionnelle africaine, le guérisseur ne sépare jamais le malade de ceux qui l'accompagnent.
- l'accompagnant dit permanent est celui qui demeure auprès du patient pendant tout son séjour hospitalier ;

- l'accompagnant temporaire est celui qui se fait remplacer par un autre à certains moments de la journée ;

- l'accompagnant intermittent est celui qui reste momentanément auprès du patient sans se faire remplacer.

L'accompagnement est un phénomène très fréquent : 100% de nos patients en ont bénéficié avec une moyenne de 1.42 accompagnant par patient et BAMBA retrouve 98% d'accompagnement avec une moyenne de 1.28 accompagnant par patient [4]. Le phénomène ne semble pas lié uniquement à un besoin d'assistance physique : selon l'indice de Karnofsky permettant de fixer le degré d'autonomie physique des individus, 15% seulement de nos patients avaient un besoin réel d'assistance physique.

Sur le plan typologique, l'accompagnant est une personne d'âge mûr, de sexe féminin, de faible niveau éducationnel, sans emploi formel (c'est à dire non salarié) :

- l'âge moyen a été de 38.3 ans dans notre étude et de 44.3 ans dans celle de BAMBA [4] : l'accompagnement semble être considéré comme une chose sérieuse exigeant un certain sens de la responsabilité .

- le sexe féminin a été noté dans 82.03% chez BAMBA [4] et dans 59.2% dans notre série.

- Sur le plan occupationnel, nous avons noté que 68.3% des accompagnants étaient sans emploi formel ; BAMBA [4] et GBIKPI[3] retrouvent respectivement 61.2% et 95.8%. Ces taux élevés soulignent le fait que la société, fort judicieusement, confie le rôle à ceux de ses membres qui disposent d'une grande flexibilité dans leurs occupations.

Les liens de parenté directs entre accompagnants et patients (69.7% des cas dans notre étude, 66.4% chez BAMBA [4] et 70% chez GBIKPI [3]) sont prédominants et influent positivement sur la prise en charge des dépenses de santé selon KINGUE[5] et DIARRA[6]. Cependant, la présence des « relations sociales » c'est à dire les amis, voisins et collègues de travail souligne la puissance des réseaux de solidarité à travers les liens transversaux des sociétés africaines.

Le rôle de l'accompagnant est multiforme :

- appui psycho-affectif, surtout dans les volets réconfort/apaisement (53.3%) ; à noter cependant que l'appropriation erronée ou excessive du rôle, selon GBIKPI, peut donner naissance à des catégories déviantes : accompagnant complice, somatisant, mercenaire, résigné, etc [3]. Ces déviations expliquent peut-être le fait que 10% seulement des patients ont jugé cet appui comme étant la tâche la plus importante de l'accompagnant.

- Appui logistique : 80% des patients l'ont jugé comme étant la tâche la plus importante des accompagnants ; il peut donner lieu à des situations abusives faisant émerger un autre

archétype, celui de l'accompagnant-valet dont la présence peut contribuer à pallier l'insuffisance quantitative du personnel soignant : 15.5% de nos accompagnants étaient utilisés par ce personnel pour le brancardage des malades ; GBIKPI va jusqu'à suggérer que la perversion peut déboucher sur une certaine démission du personnel qui transfère alors une partie plus ou moins importante de ses tâches sur l'accompagnant [3].

- Appui financier : un accompagnant sur 3 apporte un soutien financier à son patient, affecté dans 63.3% aux frais de médicament et d'hospitalisation. Plusieurs études ont souligné la fragilité de la prise en charge financière du patient par la famille ainsi que son effet négatif sur la célérité avec laquelle les soins sont institués [1, 6, 7].

Plusieurs types de contraintes à l'accompagnement ont été recensés :

- contraintes environnementales : ni l'environnement institutionnel, ni le paysage physique hospitalier ne prennent en compte les accompagnants, ce qui rend leur insertion parfois difficile voire conflictuelle dans l'univers hospitalier.

- contraintes cognitives : l'illettrisme total ou partiel est prédominant : 61.9% dans notre série, 73.4% chez BAMBA [4], ce qui est de facto un obstacle majeur à la compréhension des règles de fonctionnement de l'Hôpital.

- contraintes occupationnelles : elles ont un recoupement intéressant avec les contraintes financières, puisque 64.1% des sujets estiment que l'accompagnement a un impact négatif sur leurs occupations habituelles alors que par ailleurs 34.5% d'entre eux contribuent à la prise en charge financière des patients ; l'économie familiale peut en être affectée.

CONCLUSION

L'accompagnement du patient par ses proches dans les structures hospitalières est un phénomène de grande vitalité qui témoigne de l'étendue et de la solidité des réseaux de solidarité en Afrique.

Il est quasiment systématique ; il est pris en charge surtout par la famille, mais également par les amis, les collègues de travail, les voisins. La femme est retrouvée aux avant-postes de cette activité dans presque toutes les études disponibles (trop rares cependant), confirmant par là son rôle de gardienne de la famille (et donc de la société).

L'accompagnant pallie significativement l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel soignant mais aussi la démission de l'Etat face à la prise en charge financière des patients. Il n'est cependant ni reconnu par les textes, ni prévu dans l'espace hospitalier de nos pays.

Des mesures s'imposent donc sur le plan réglementaire et sur le plan des aménagements pour normaliser l'accompagnement afin de mieux l'intégrer dans le paysage hospitalier.

D'autres études s'avèrent nécessaires pour mieux cerner la typologie des accompagnants et pour évaluer l'impact de l'accompagnement sur le pronostic des patients.

RÉFÉRENCE

1. Ministère de la Santé du mali. Rapport-Bilan (Juin 1992-Mars2002) CPS, Bamako, Mai 2002
2. Kubler-ross E. Les derniers instants de la vie. Labor et FIDES, Genève, 1996, 279 p.
3. GBIKPI PA. L'accompagnant dans une institution Psychiatrique (à propos de 20 cas) Thèse Med. Dakar ; 1978 ; 21 ; 177p.
4. BAMBA B. Place des accompagnants (es) dans le système de soins : Cas du service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du point G Thèse Med ; Bamako; 2000 ; 1 ; 30p.
5. Kuingue AS. Problème et comportement lié à la santé et à la reproduction des ménages et groupe à risque dans le cercle de Kolondiéba. These Med; Bamako; 1995; 37; 167p
6. Diarra T. Itinéraire thérapeutique dans le quartier de Banconi : se soigner au Mali. Edition Khartala-ORSTOM, Paris, 1995
7. MARIKO M. Malades Indigents Hospitalisés: prise en charge à l'Hôpital du Point G Thèse Med. Bamako ; 2002 ; 68 ; 71p.

Tableau: Nature des liens entre patients et accompagnants dans le service de chirurgie B

Nature des liens accompagnants/patients	Effectif	Fréquence
Père	12	8.5
Mère	14	9.9
Sœur	10	7.0
Frère	12	8.5
Oncle	4	2.8
Tante	4	2.8
Cousin	11	7.7
Collègue de travail	4	2.8
Voisin	6	4.2
Conjoint	18	12.8
Enfant	27	19.0
Coépouse	4	2.8
Belle-mère	5	3.5
Servante du patient	3	2.1
Grand-mère	5	3.5
Belle-fille	3	2.1
TOTAL	142	100